

**ASAB SINOVLARI O'TKAZISH,
TEKSHIRGICH VA TAXLIL QILISH**

QON BOSIMINI O'LCHASH

Asab kasalligida bemorlarning kasallik tarixini yozish

Bemorning kasallik tarixini to'ldirishda dastlab uning familiyasi, ismi, otasining ismi, tug'ilgan yili, jinsi, millati, manzili, ishlash joyi, kasbi, shifoxonaga kelgan vaqti va soati, shifoxonadan chiqqan vaqti, qaysi transportda kelgani, yo'llanmasidagi tashxisi, qabulxonada qo'yilgan tashxisi va yakuniy tashxisi yoziladi. Bemorning asosiy shikoyatlari so'raladi. Bemordan bosh og'rishi, boshning qanday og'rishi, doimiyligi, kunning qaysi vaqtida og'rishi, og'riq boshning qaysi joylarida ko'proq bo'lishi va og'riqni keltirib chiqaruvchi sabablar so'raladi. Kasallikning rivojlanish anamnezida kasallikning boshlanishi, dastlabki belgilar, kechishi, qilingan davoning natijasi so'raladi. Kasallik qanday paydo bo'lganligi, birdan yoki asta-sekinlik bilan, o'z-o'zidan paydo bo'lganmi yoki boshqa kasalliklar bilan kasallik kuchayganmi, qayerda davolangan, qanday dorilar olganligi so'raladi. Ayol bemorning hayot anamnezida homiladorlikning birinchi va ikkinchi yarmidagi toksikozi, onaning kechirgan kasalliklari, olgan dorilari, homilaning harakati, bola tushish alomati, shuningdek, bola nechanchi homiladan o'z vaqtida tug'ilganligi, oson yoki qiyin tug'ilganligi, tug'ilgan vaqtida yig'laganligi, ko'karib qolishi, sarg'ayishi, yaxshi emganligi so'raladi.

Ona nechta bola tug'gan, sog'ligi, abort bo'lganligi, o'lik tug'ganligi, ota-onaning yoshi, qonning rezus faktorini aniqlanadi. Bola qanday rivojlana boshlagan, bir yoshgacha og'rigan kasalliklari, emlanganligi, vazni oshishi, tishi chiqishi, boshini tutishi, o'tirishi, yurishi, gapirishi, tungi siydik tuta olmasligi va shaytonlash bor-yo'qligi aniqlanadi. Bola necha yoshdan o'qiy boshlagan, o'qishni o'zlashtirishi, ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo'lishi, hayz ko'rishi aniqlanadi. Nasl kasalliklari, ota-onaning qarindoshligi, ota-onaning qarindoshlarida tug'ma yoki irsiy kasalliklar yoki surunkali kasalliklar borligi so'raladi. Uy sharoiti, oilaviy ahvol, zararli odatlar aniqlanadi. Bemorning umumiy ahvoli, tana tuzilishi, teri va shilliq qavatlar, teri osti yog' qatlami, limfa bezlari, suyak-bo'g'im tizimi, nafas a'zolari, yura-qon tomir tizimi, ovqat hazm qilish a'zolari, siydik ajratish tizimi va endokrin a'zolar tizimi tekshiriladi.

Asab sohasini tekshirish. Ruhiy holati va gapirishi.

Bemorning hushi o'zida yoki hushdan ketgan, hamma gapni tushunadi, savollarga to'g'ri javob beradi, joyni, vaqtni aniq ayta oladi, yoshi olgan ma'lumotiga to'g'ri keladi.

Kalla suyagining shakli odatdagidek, aylanasimon, paypaslab ko'rilganda chandiq, kemptik izlari ko'rinmaydi. Barmoq bilan urib ko'rilganda kalla sohasida og'riq sezilmaydi.

Umurtqa pog'onasi shakli odatdagidek, ko'krak kifozi, bel lordozi me'yorida, skolioz yo'q, umurtqa pog'onasining hamma tomonga harakatlari to'liq, og'riq

sezmaydi. Umurtqa pogʻonasi boʻylab suyaklarni paypaslaganda va urib koʻrilganda ogʻriq sezmaydi.

Meningial belgilar – ensa mushagining tarangligi, Kernig, brudzinskiy (yuqori, oʻrta, pastki) belgilari, koʻtarilish va kalla suyagining katta havzacha belgisi tarangligi, shuningdek, bosh ogʻrigʻi, bosh aylanishi, yorugʻlik va shovqinni yoqtirmaslik, qusish belgilari aniqlanadi.

Bosh miya nervlari. Hidlov nervida bemor burunning ikkala teshigi bilan hidning bir xilligini sezishi, yaʼni hid bilishning susayishi yoki yoʻqolishi (anosmiya), koʻpayishi, hidlarni ajrata bilish, yoʻq hidlarni aytish aniqlanadi. tekshirganda oʻtkir, achchiq hidlar hidlatilmaydi. Kamfora moyi, kerosin va boshqa moddalarning hidlari oʻng va chap burun teshiklariga keltirilib, alohida-alohida sezish qobiliyati tekshiriladi. Koʻruv nervida koʻruv oʻtkirligi visusod=os=1,0 ga, koʻrish maydoni (tashqariga 90°, ichkariga 55°, yuqoridan 55°, pastdan 70° ga) teng, ranglarni ajrata bilish har bir koʻzda alohida tekshiriladi, koʻz tubi tekshiriladi. Koʻz olmasini harakatlantiruvchi nerv, gʻaltaksimon nerv, uzoqlashtiruvchi nervlar birgalikda tekshiriladi.

Koʻz olmasining hamma tomonga harakatlari bir xil toʻliqligi, ogʻriq sezmasligi, jismlarning ikkita boʻlib koʻrinishi (diplopiya), yuqori qovoqning pastga tushib qolishi (ptoz), koʻz qorachigʻining tebranib turishi (nistagm), ichkariga va tashqariga qarab qolgan gʻilayliklar, koʻz qorachigʻining kattaligi va yorugʻlikka toʻgʻri hamda moslashgan javobi tekshiriladi. Koʻz qorachigʻining akkomodatsiya va konvergentsiyasi aniqlanadi. uch tarmoqli nervning chiqish joylarini bosib koʻrib, ogʻriq tekshiriladi. Yuzdagi ogʻriqni sezish har ikki tomondan bir xilligi, til oldingi 2/3 qismining oʻng va chap tomoni taʼm bilishi aniqlanadi. Chaynov mushaklarining ikki tomondan kuchi, atrofiyasi tekshiriladi. Yuz nervi koʻrilganda yuzdagi ajinlarning bir xilligi, tinch holatda yuz ikkala tomondan bir xil, peshana qatlamlari bir xil rivojlangan, qoshlar bir xil kenglikda, burun-lab qatlami bir xil, ogʻiz burchaklari bir xilda boʻlishi lozim.

Mimik sinovlarda yuzdagi harakatlar: ikki tomondagi qoshlarini bir xil koʻtaradi, koʻzlarini yaxshi yuma oladi, tirjayganda burun-lab qatlami ikki tomonga bir xil ketadi, lunjlarni shishira oladi. Eshituv nervi: koxlear qismi – eshitish oʻtkirligi, quloqda shovqin, shangʻillash va eshitish gallutsinatsiyalari tekshiriladi. Vestibular qismi – bosh aylanishi, nistagm, muvozanat buzilishi aniqlanadi. til-halqum nervi va sayyor nervlar birgalikda koʻriladi. Ovoz chiqishi tiniq yoki dimogʻ bilan gapiradi, yutishi yaxshi yoki yutganda qiynaladi, yutganda ovqat burundan qaytib tushmaydi. Yumshoq tanglay simmetrik, sezuvchanligi, tanglay va halqum refleklari, tilning orqa 1/3 qismida taʼm bilish oʻng va chap tomondan alohida tekshiriladi. Qoʻshimcha nerv: boshni harakatlantirish – orqaga, oʻng va chap tomonga, oʻng va chap yelkani koʻtarish, kuraklarni bir-biriga yaqinlashtirish aniqlanadi. Tilosti nervi

– til og‘iz ichidan to‘g‘ri chiqariladi, til harakatlari hamma tomonga to‘liq, atrofiya va til mushak tolalarining tortilishi ko‘riladi.

Harakat sohasi. Faol harakatlar har bir bo‘g‘imlarda alohida tekshiriladi. Sust harakatlar bilan birgalikda mushaklar tonusi, mushaklar trofikasi aniqlanadi. Mushaklarning kuchi har bir mushaklarda alohida-alohida tekshirib ko‘riladi. Ixtiyorsiz harakatlar (giperkinez, tuklar), fibrillar va fassikular qaltirashlar, mushaklarning tortishi (spazm), harakatsizlik (akineziya, amimiya), tutqanoq xurujlari, ularning turi aniqlanadi.

Harakat muvozanati. romberg holatida turish, burun-barmoq sinovi va tizza-tovon sinovi, ko‘zni ochgan va yumgan holatlarda yurish, xat yozish tekshiriladi.

Reflekslar. suyak usti (Kr), pay (Pr, br va tr), axill (ar), teri va shilliq qavatlardagi reflekslar, qorinning (yuqori, o‘rta, pastki) reflekslari hamda kremaster reflekslari ikki tomondan tekshiriladi. Oyoq panjasining patologik reflekslari (Babinskiy, Oppengeym, rossolimo, jukovski va boshq.), tizza kosasi, qo‘l va oyoq panjasining titrashi (*klonus*) tekshirib ko‘riladi.

Sezuvchanlik. Og‘riqdan shikoyatlari so‘raladi, qo‘l va oyoqda uvishish yoki chumoli yurgandek, og‘riq joylarni aniqlash. Tortishish belgilari (neri, Lasseg, vasserman) o‘ng va chap tomonda ko‘riladi. yuzaki sezish (og‘riqni sezish, issiq-sovuqni ajrata bilish, tanaga tekkan narsani bilish), chuqur sezgi (mushak-bo‘g‘imdagi sezgi, bosim, og‘irlik, tana qismlarining joylashish sxemasi, tebranish, jismlarni paypaslab bilish va boshq.) tekshiriladi.

Vegetativ asab tizimi. terining rangi (oqargan yoki qizarganligi, ko‘p terlash, harorati, junlar chiqishi) ikki tomondan bir xilligi tekshirib ko‘riladi. Dermografizm (qizil, oq, aralash yoki bo‘rtib chiqqan), barmoqlar qaltirashi, siydik va axlatning tutilib qolishi yoki tuta olmaslik, jinsiy faoliyat, qon tomir urishi (*a.radialis va a.femoralis posterior*) bir xilligi va tirnoqlar holati aniqlanadi.

Oliy asab faoliyati. vaqtni, joyni aniqlab olish, xotirada saqlash, diqqatni jamlash, nutq, yozish, o‘qish, hisoblash, narsalarni taniy olish (*gnosis*) va apraksiya kiradi. Uyqu holati, kayfiyat, shifokor tekshirganda bemor o‘zini tutishi, savollarga javob berishi, psixomotor qo‘zg‘alishlar kuzatiladi.

Qo‘shimcha tekshirishlar. umumiy qon, siydik, axlat va balg‘amni hamda oshqozon shirasini tekshirish; qonning biokimyoviy ko‘rsatkichlari. Orqa miya suyuqligi tarkibini, EXO, EEG, rEG, EKG, Kt, kalla suyagi va umurtqa pog‘onasining rentgen tekshiruvlari.

Xulosa va davolash. O‘ziga o‘xshash bo‘lgan kasalliklar bilan qiyoslangandan so‘ng yakuniy tashxis qo‘yiladi. Davolash: dorilar, fizioterapevtik muolajalar, parhez va to‘shakda yotish rejimi, uqalash, parafin va refleksoterapiya.

Kundaliklar yozish. Bemorning ahvoli har kuni yozib boriladi. Muolaja olgandan keyingi holatida o‘zgarishlar ko‘rsatib o‘tiladi.

Epikriz. Kasallik yakunida qisqacha, tushunarli qilib yoziladi va shifoxonadan chiqqandan keyin kerakli tavsiyalar beriladi.

Asab kasalliklarini davolash va parvarish qilish asab kasalliklarini davolashda, odatda, bir yo‘la bir necha usullardan foydalaniladi. Bemorga ma‘lum bir rejim, parhez, dori moddalari, zarur bo‘lganda jarrohlik usullari tavsiya etiladi. bemorni davolashda hamshiralarning xizmati alohida ahamiyatga ega. chunki ular shifokor buyurgan har qanday muolajalarni bajaribgina 4– asab va ruhiy kasalliklar qolmay, o‘zlarining shirin so‘zlari bilan ham bemorlarning tezroq sog‘ayib ketishlariga xizmat qilishlari kerak. tibbiyot hamshirasi ishda, bemorlarni davolashda sabr-toqatli, shirinso‘z, mehribon, ayni paytda, talabchan bo‘lishi lozim. Bemorlar xushchaqchaq, kamtarin, hushyor, e‘tiborli xodimlarni yoqtiradilar. Tibbiyot hamshirasi o‘z kasbini chuqur egallagan, bilimli bo‘lishi, kasallikning kechishini, dori-darmonlarning organizmga ta‘sirini yaxshi bilishi kerak. Hamshiralar bemorning tana haroratini o‘lchashni, murakkab muolajalarni bajarishni yaxshi o‘zlashtirgan bo‘lishlari shart. hamshiralar bemorlar bilan ko‘proq muloqotda bo‘lib, kasallikdan tezroq qutulish yo‘llarini tushuntirishlari lozim. reabilitatsiya, asab va ruhiy kasallikka chalingan bemorlarni davolashda psixoterapiyaning ahamiyati katta. reabilitatsiyaning maqsadi ruhiy bemor sog‘lig‘ini tiklash bo‘lib, asosan, uning 4 ta yo‘li bor:

- 1) shifokor bilan bemorning yaqindan suhbatlashishi;
- 2) bemor hayot faoliyatining hamma tomonlariga (oilada tutgan o‘rni, jamiyatdagi faoliyatiga, uning o‘ziga hamda kasaliga) e‘tibor berish va ularga ta‘sir qilish turlicha bo‘lishini hisobga olish;
- 3) ta‘sir ko‘rsatishning biologic (dori-darmonlar, fizioterapiya usullarining ta‘siri) va ruhiy ijtimoiy psixoterapiya, mehnat bilan davolash;
- 4) reabilitatsiyaning yuqoridagi uchala turini birgalikda o‘tkazish yoki biridan ikkinchisiga o‘tish.

Bu tadbirlar bemorning sog‘ayishiga yo‘naltirilgan bo‘lib, bunda tibbiyot hamshiralari faol ishtirok etishlari lozim. bosh miyada qon aylanishining buzilishlarida (miya ichiga qon quyilganda) tez ko‘rsatilgan to‘g‘ri yordam og‘ir asoratlarning (o‘pka shamollashi, yaralar paydo bo‘lishi va tanada trofik o‘zgarishlar hamda siydik yo‘llarining zararlanishi) oldini olgan hamda bemorni o‘limdan olib qolgan bo‘ladi. Bemor uzoq vaqt qimirlamay yotishi natijasida nafas yo‘llari shamollashi (o‘pka zotiljami, og‘iz, burun, tomoqda shilliq yig‘ilishi natijasida nafas yo‘llarini bekitib qo‘yadi) mumkin. Chuqur trofik yaralar paydo bo‘lmasligi uchun bemorning kurak va dumba sohalarini tez-tez kamforali spirt bilan artib turish, terlab, ho‘l bo‘lib qolgan joylarni toza ho‘l latta bilan artib, talk upasini sepib qo‘yish zarur. Hushidan ketgan bemorlarni ovqatlantirishda juda ehtiyot bo‘lish kerak.

Agar yutish refleksi bo'lsa, shirin choyni qoshiqda ichirish kerak. agar bemor icha olmasa, yutishga qiynalsa, 0,9 % li natriy xlorid yoki 5–10 % li glukoza eritmasini tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi. bemor ancha vaqtdan beri yutinolmay yotgan bo'lsa, zond orqali ovqatlantirish kerak. Bemorning falaj bo'lib qolgan qo'l-oyoqlarini to'g'rilab qo'yish kerak. Chunki mushaklar uzoq vaqt mobaynida tortilib qolishi natijasida harakat chegaralanib, falajlangan qo'l va oyoq qiyshtayadi. Shuning uchun qo'l falaj bo'lsa, qo'litiq orasiga kichkina yumaloq yostiqlar qo'yib, yelka ozgina ko'tarib qo'yiladi. Qo'lning to'g'ri uzatib, barmoqlarni to'g'rilab qo'yish lozim. Qo'l tirsak bo'g'imidan bukilib ketmasligi uchun ozgina qum solingan xaltacha qo'lning ustiga qo'yiladi. Oyoq panjasini to'g'rilab fiziologik holatga keltirish uchun esa taxtakachdan foydalaniladi. Buning uchun panjaga loyiq yumshoq matoni o'rab, panjani qimirlamaydigan qilib tirab qo'yiladi. Shunday qilinganda bemor keyinchalik yurishda qiynalmaydi.

Kasallikning ikkinchi haftasidan boshlab shifobaxsh badantarbiya mashqlarini boshlash kerak. 3–4-haftalarga borib, bemorni asta-sekin oyoqqa turg'izib, harakatga keltirish kerak. Ayrim vaqtlarda bemor gapirishga qiynaladi, nutqi buziladi, bunga *afaziya* deyiladi. Agar bemor o'ziga aytilgan gapning ma'nosini tushunsa, lekin o'zi gapira olmasa, bu *motor afaziyasi* deb ataladi. *Sensor afaziyada* bemor gapira olmaydi va atrofdagilarnin so'zini ham tushunmaydi.

Amnestik afaziya – bunda bemor atrofdagi narsalarni taniydi, ulardan qanday foydalanish kerakligini biladi, lekin ularning nomlarini eslay olmaydi. Bunday hollarda hamshiralar bemorni yuvintirish, kiyintirish, yechintirish ishlariga alohida e'tibor berishlari kerak. bosh miya jarohatlarida (bosh miya chayqalishi, subaraxnoidal bo'shliqqa qon quyilganda) bemorning tinch yotishini ta'minlash, og'iz bo'shlig'ini tozalab turish lozim. chunki og'izda bir talay so'lak va shilimshiq to'planib qoladi. bemor bezovta bo'lganda tinchlantiradigan dorilar qilish tavsiya etiladi. Siydik tutilib qolganda kateter solish yoki siydik tuta olmaslikda siydikdon qo'yish talab qilinadi.

Meningit bilan og'rikan bemorlarga o'rnidan turmasdan, tinchgina yotish, yengil hazm bo'ladigan ovqatlar berib turish kerak. meningitlarda bosh ichki bosimi ko'pincha ko'tariladi, bunda bemorlarda tovush va yorug'lik ta'sirlariga sezuvchanlik oshib ketadi (giperakuziya va fotofobiya). Bunda hamshiralar bemorni yorug'lik tushmaydigan tinch xonalarga yotqizishlari shart. Yetarlicha toza havo bo'lishi zarur. O'rin yaxshi solingan, to'shagi tekis bo'lishi, yostiqlari yumshoq bo'lishi kerak. miyelit, orqa miya jarohatlarida oyoqlarda paraparez yoki paraplegiya, chanoq a'zolari vazifasining buzilishi, trofik o'zgarishlarda kasallikning birinchi kundan boshlab teriga yaxshi qarab turish zarur. O'rindagi choyshabning burmalari bo'lmasligi, choyshab tagiga rezina doira solib qo'yish kerak. bemorning vaziyatini kuniga bir necha marta o'zgartirib turish, badan terisini

kamfora spirti bilan artib turish lozim. Kontrakturalarning oldini olish uchun oyoqlarning holatiga qarab borish, oyoq panjalari osilib qolmasligi kerak. Oyoq panjalari tayanch yordamida boldirga nisbatan to'g'ri burchak ostida turadigan qilib qo'yiladi. chanoq a'zolarining vazifalari buzilganda qat'iy aseptik sharoitlarda kateter solinib, siydirib olinadi. Ich qotib qolsa, tozalovchi huqna qilinadi. Bulbar falaj boshlanganda bemorlarni ovqatlantirishga alohida ahamiyat berish lozim. Nafas yo'llariga ovqat va suyuqlik tushib qolishining oldini olish lozim. Ovqat yarim suyuq bo'lishi, bemorni dam oldirib, kam-kamdan tez-tez ovqatlantirib turish tavsiya etiladi.

Bemorni bel va oyoqdagi qattiq og'riq (bel-dumg'aza radikuliti yoki umurtqalararo diskning orqa churrasi), harakat qilganda, yurganda og'riq zo'rayadi. Bunday bemorlarga o'rindan turmay yotish (o'rin qattiq bo'lishi kerak), o'rinda og'riq kamayadigan holatni tanlash buyuriladi. Bunda kasal oyoqni tizza va chanoq-son bo'g'imidan bukib, sog' yonbosh bilan yotilganda og'riq kamayadigan holat bo'ladi. bemorda qattiq bosh og'rig'i tutib turishi bosh ichki bosimi oshib ketishiga bog'liq bo'ladi. Bu holat bosh miya leptomeningiti, bosh miya o'smalari, bosh miya jarohatlari, migren va boshqa kasalliklarda kuzatiladi. Bunday hollarda tinch sharoit bo'lishini ta'minlab, yorug'likni kamaytirish, kalla ichidagi bosimni pasaytirish uchun shifokor buyurgan dorilarni qilish: tomir ichiga glukoza va magniy sulfat eritmalarini yuborish, mushak orasiga magniy sulfat, laziks, ichishga glitserin berish tavsiya etiladi. tutqanoq xuruji vaqtida bemorning boshi tagiga yostiq qo'yib, tishlarining orasiga bint o'ralgan shpatel yoki sochiqning chetini kiritib qo'yish, ko'ylagining yoqasini yechib, kamarini bo'shatib qo'yish zarur. Asab kasalligi bilan og'riqan bemorlarni tekshirish usullaridan biri lumbal punksiya qilib, orqa miya suyuqligining bosimi va tarkibini tekshirish, zarur bo'lsa, kontrast moddalar yuborishdan iborat.

Orqa miya suyuqligi. Orqa miya suyuqligini olishdan oldin bemorning ovqatlanishi mumkin emas. suyuqlik olingandan so'ng igna sanchilgan joyga sterillangan tampon ustidan 3 qavat bint qo'yiladi va bemor aravachada yotgan holda xonaga olib kelinadi. Lumbal punksiya qilishda bemorni maxsus stolda yonboshi bilan yotqizib, oyoqlarini qorniga tortib, boshini oldinga engashtirib qo'yiladi. Punksiya, odatda, mahalliy anesteziya ostida qilinadi. Punksiyadan keyin bemor yostiq qo'ymasdan 2 soat davomida qorni bilan chalqancha yotishi kerak. bemorning oyoq tomoni esa 5 sm gacha ko'tarib qo'yiladi. Bemorni punksiya qilingandan so'ng, 2 soatdan keyin ovqatlantirsa bo'ladi va 2 kungacha o'rnidan turg'izmaslik kerak. Punksiyadan keyin 2–3 kun davomida 0,5 g dan kuniga 3 mahal urotropin ichiriladi. Shunda asoratning oldi olinadi. ba'zan punksiyadan keyin siydik tutilib qolishi kuzatiladi. Bunday hollarda qovuq sohasiga issiq isitgich qo'yiladi, bu naf bermasa kateter solinadi.

QON BOSIMINI O'LCHASH

Arterial bosimni o'lchash qoidalari

Arterial bosimni o'lchashda quyidagi usullardan foydalaniladi:

- Bevosita
- Bilvosita

Bevosita usulda arteriyani punksiya qilish yo'li bilan unga manometming kanyulasi ulanadi. Bu ancha qiyin va noqulay usul bo'lgani sababli keng qo'llanilmaydi. Undan faqat kardiojarrohlikda foydalaniladi.

Bilvosita usulda arterial bosim 3 xilda o'lchanishi mumkin:

1. Auskultativ.
2. Palpator.
3. Ossillografik.

Auskultativ usulni 1905-yilda N. S. Korotkov taklif qilgan. Buning uchun sfigmomanometr va fonendoskopdan foydalaniladi. Sfigmomanometr arteriyani siqish uchun ishlatiladigan manjetkadan va simobli yoki prujinali manometrdan hamda ulami bir-biri bilan birlashtiruvchi rezina naychalardan iborat. Ballonchadan manometrqa boradigan rezina naychanning chiquvchi qismida maxsus ventil bo'lib, u manometr va manjetkadagi havoni, ya'ni bosimni o'zgartirishda ishlatiladi. Arterial qon bosimni simobli manometer Riva—Rochchi apparati yordamida ancha aniq o'lchash mumkin. Bunda bosim naychadagi simob ustunining uchiga qarab belgilanadi. Prujinali manometrda esa bosim darajasi strelkaning harakatiga qarab belgilanadi.

Korotkov usuli manjetkadagi havo bosimini asta-sekin pasaytirishga va bu bosim darajasini Korotkov tonlari paydo bo'lgan va yo'qolgan paytlarda qayd qilishga asoslangan. Arterial bosim ma'lum soatlarda, yaxshisi ertalab, tushki ovqatgacha, muayyan tana vaziyatida, imkon boricha bir xil o'rtacha havo haroratida va normal

atmosfera bosimida o'lchanadi. Agar bemor charchagan yoki qo'zg'algan holatda bo'lsa, bosimni o'lchamaslik lozim.

Arterial bosimni yelka arteriyasida auskultativ usulda o'lchash keng qo'llaniladi, ba'zan son arteriyasida ham o'lchanadi.

Arterial bosimni yelka arteriyasida o'lchash texnikasi. Arterial bosimni o'lchash vaqtida tekshirilayotgan odam:

- tinch o'tirishi yoki yotishi;
- gaplashmasligi;
- zinadan ko'tarilib kelganda, tez yurib kelgan bo'lsa 10 - 15 minut kelgandan so'ng tinchlanishi;
- yelka sohasida yara va jarohatlar bo'lmasligi;
- o'lchashni kuzatib turmasligi;
- hayajonlanmasligi kerak.

Bemorning yalang'och qo'lga tirsak bo'g'imidan 2-3 sm yuqoriga 12-14 sm kenglikdagi manjetkani siqmasdan u bilan teri orasida faqat bitta barmoq sig'adigan qilib o'raladi va mahkamlanadi. Tekshirilayotgan kishining qo'li qulay vaziyatda, kaftini yuqori tomonga qaratib qo'yiladi. Tirsak bo'g'imida yelka arteriyasi topiladi va pulsni aniqlash uchun uni taqab, biroq bosmasdan fonendoskop qo'yiladi. So'ngra ballon bilan asta-sekin havo berilib, u ayni vaqtda manjetkaga ham, manometrغا ham tushadi. Havo bosimi ostida manometrda simob shisha naychaga ko'tariladi.

Shkaladagi raqamlar manjetkadagi havo bosimini, ya'ni yelka arteriyasining yumshoq to'qimalar orqali qanday kuch bilan bosilganini ko'rsatadi. Havo berishda ehtiyot choralar amal qilish kerak, chunki simob kuchli bosim ostida naychadan chiqib ketishi mumkin. Manjetkaga asta-sekin havo haydab, tovush yo'qoladigan vaqt belgilanadi, so'ngra ballon oldidagi ventilni ochib, bosim asta-sekin tushiriladi, manjetkadagi bosimga qarshi bosim sistolik bosim miqdoriga yetganda birmuncha qattiq qisqa tovush — ton eshitiladi. Simob ustunchasidagi raqamlar sistolik bosimni ko'rsatadi.

Manjetkadagi bosimning bundan keyingi pasayishida eshitilganda tonlar pasayadi va asta-sekin yo'qoladi. Ton yo'qolgan vaqtda manjetkadagi bosim minimal bo'lib, bu diastolik bosimga mos keladi. Manometrdagilar minimal bosimni ifodalaydi. Bemorning bosimi past bo'lganda, tomirlarni shikastlantirmaslik va arterial bosim ko'rsatkichlari to'g'risida bir muncha aniq ma'lumot olish uchun manjetkaga havo asta-sekin kiritiladi.

Shunday qilib, o'lchashning to'g'riligini ikki marta tekshirish mumkin. Arterial bosimni ikkala qo'lda ham o'lchash lozim.

Prujinali manometrlarni ishlatish qulay, biroq prujinalar tezda bo'shashib ketadi va arterial bosimni o'lchash aniqligi pasayadi.

Palpatsiya usulida esa ko'rsatkichlar auskultativ usuldagiga qaraganda kamroq bo'ladi, chunki bilakning tirsakdan yuqori qismidagi arteriyaning manjetka bilan bosish kuchi ancha bo'shashtirilgandagina quyiroqda pulsni aniqlash mumkin bo'ladi. Palpator usulda faqat sistolik bosim aniqlanadi.

Ossilyator usulida arterial bosim o'lchanganda faqatgina sistolik va diastolik, ya'ni maksimal va minimal bosimni emas, balki o'rtacha arterial bosim hamda arteriyalar tonusi, elastikligi haqidagi ma'lumotlarni ham olish mumkin. Ossilograf—manjetka, manometr va yozuvchi qismdan iborat. Qon sistola vaqtida arterial qon tomirining manjetka bilan qisilgan joyidan o'tganda manjetkada havo bosimi ortadi. Bu bosimning ortishi maxsus o'tkazgich orqali qog'oz lentaga tushiriladi. Ossilografik tekshirishda yirik arteriyaning masalan, yelka, son arteriyasi devorlarining tebranishi o'rganiladi. Buning uchun ushbu arteriya manjetka bilan qisiladi va tomir butunlay qisilib, undan qon o'tishi to'xtaganda ossilograf faqat bilinar-bilinmas egri chiziq chizadi. Bu tebranishlar qonning berkilgan arteriyasiga kelib urilishi natijasida yuzaga keladi. So'ngra sekin-asta manjetkadan havo chiqarila boshlaydi, bosim sistolik bosim darajasiga yetganda, ossilogrammada tebranish amplitudalari paydo bo'la boshlaydi. Ular tomir devorlarining tebranishi natijasida yuzaga keladi. Bosim yana tushirilganda tebranish amplitudasi ko'tarilib boradi. Eng baland ossilografik to'lqinlar o'rtacha yoki dinamik bosim darajasiga to'g'ri keladi.

Keyin esa manjetkada bosim pasayib borishi bilan tebranish amplitudasi ham kamayib boradi va asta-sekin yo'qoladi. Bu diastolik bosim darajasiga to'g'ri keladi. Ossillogramma yordamida maksimal, o'rta va minimal arterial bosim hamda ossillyator indeksi (ko'rsatkichi)ni, ya'ni eng katta puls to'liqining balandligini aniqlash mumkin. Sog'lom odamda bu ko'rsatkich 10—13 kPa ga teng bo'lib, 80—100 mm simob ustuniga to'g'ri keladi va **dinamik bosim** deb ataladi. Bu bosim tomir urmagan vaqtda ham qonning arteriya bo'ylab harakatini ta'minlaydi va tekshirilayotgan arteriyaning tebranish amplitudasi, arteriyalarning katta-kichikligi, arteriyalar devorining tonusi, sistolik hajmning kattaligiga bog'liq bo'ladi. Ossillyator ko'rsatkichning kattalashib ketishi tomirlar devorini tonusining pasayganligidan, aksincha kichiklashib ketishi tomirlardagi turli o'zgarishlardan (endoarterit, skleroz va boshqalar) darak beradi. Sog'lom odam tanasining simmetrik qismlarida yozilgan ossillografik egri chiziqlar bir xil bo'ladi. Arterial bosim yuqorida ko'rsatilgan barcha usullar yordamida aniqlanganda sistolik bosim darajasi biroz yuqori bo'ladi, chunki bunda tomir manjetka bilan qisilganda uning o'zining devorini hamda atrofidagi to'qimalarning qarshiligini ham yengishi lozim bo'ladi. Yuqorida aytilgandek, sog'lom kishining arterial bosimi ham turli jismoniy va emotsional zo'riqish, ovqatlanish, atmosfera bosimi, tananing qizishi yoki sovishi va boshqa omillar ta'sirida o'zgarib turadi. Odam yaxshi dam olib, uyqudan turgan vaqtda arterial bosim eng past bo'ladi, bu bosimni **bazal** yoki **asosiy arterial** bosim deyiladi. Erkak va ayollarda arterial bosimning farqi bo'lmaydi. Bir qancha patologik holatlardagina arterial bosim o'zgaradi.

Qon bosimi oshishi — sabablari, belgilari, gipertoniyaning davolash, oldini olish

Yuqori arterial bosim qon tomirlarga salbiy ta'sir ko'rsatadi, chunki ular qisqa vaqt davomida birdan torayadi. Juda kuchli bosim ta'siriga esa ba'zi qon tomirlar bardosh bera olmay yoriladi va buning natijasida ichki qon ketish kuzatiladi.

Gemorragik infarkt elastikligi yo'qolgan va sinuvchanlikka moyil bo'lgan tomirlar joylashgan a'zolarida sodir bo'lishi sababi ham shunda.

Tavsifi

Gipertoniya — qon tomirlarning nerv-funksional faoliyati buzilishi natijasida kelib chiqadigan kasallik. Asosan 40 yoshdan kattalarda uchraydi, lekin so'nggi yillarda yoshlarda ham tez-tez kuzatilishi qayd qilinmoqda. Gipertoniya ayollar ham, erkaklar ham bir xil aziyat chekishadi. Kasallik kattalarning 20-30 foizida tashxirlansa, 65 yoshdan keyin bu ko'rsatkich 50-65% ni tashkil etishi mumkin. Qon bosimi oshishi yurak-tomir tizimi kasalliklari bo'lgan bemorlar ichida yetakchi o'lim sabablaridan biri hisoblanadi.

Ko'plab mutaxassislar fikricha, gipertoniya ko'pincha qon aylanishi buzilishlari natijasida sodir bo'ladi. Yurak yetishmovchiligi ham uning sababchilari ro'yxatiga kiradi. Mazkur kasallik bemorlarda ikkilamchi kasalliklar rivojlanishiga turtki bo'lishi mumkin, jumladan insult, yurak xurujiga.

Olimlar necha o'n yilliklar davomida bu kasallikni o'rganish bilan band. Tadqiqotlarga ko'ra, gipertoniya sayyoramizdagi nogironlikning asosiy sabablaridan biridir. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, qon bosimi oshganda birinchi yordam kech ko'rsatilsa, bemorlarning ahvoli juda og'irlashishi, hatto o'lim kuzatilishi ham mumkin.

Gipertoniya tasnifi

Arterial gipertoniya darajalari (arterial bosim (AB) ko'rsatkichlari)		
AB kategoriyasi	SAB	DAB
Optimal	< 120	< 80
Normal	120 – 129 (< 120*)	80 – 84 (< 80*)
Me'yordan yuqori	130 – 139 (120-129*)	85 – 89 (< 80*)
1-darajarli AG	140 – 159 (130-139*)	90 – 99 (80-89*)
2-darajarli AG	160 – 179 (140-159*)	100 – 109 (90-99*)

3-darajarli AG	≥ 180 ($\geq 160^*$)	≥ 110 ($\geq 100^*$)
Izolyatsiyalangan sistolik AG **	≥ 140	< 90

* — 2017-yil bo'yicha AG`ning yangi tasnifi

** — ISAG sistolik AB darajasiga ko'ra 1, 2 va 3-darajalarga bo'linadi

Alomatlari

Gipertoniyaning asosiy alomati — bu miya tomirlarining spazmi va torayishi tufayli bosh og'rig'idir. Shuningdek, ko'pincha quloqlarda shovqin, ko'rish o'tkirligining pasayishi, holsizlik, uyquning buzilishi, bosh aylanishi, boshda og'irlik hissi, yurak urishining tezlashishi namoyon bo'ladi. Bu alomatlar kasallikning erta bosqichlarida seziladi. Keyinchalik yurakning uzoq vaqt davomida zo'riqib ishlashi tufayli yurak yetishmovchiligi yuzaga keladi.

Bundan tashqari, ko'plab bemorlarda quyidagi belgilar uchraydi:

- Osonlikcha burun qonashi;
- Ko'ngil aynishi, qayt qilish;
- Uyqusizlik;
- Xotira buzilishi;
- Har qanday jismoniy faollikdan so'ng teri yuzasining qizarishi;
- Ko'zdagi kuchli bosim (bemor atrofqa qaraganda ko'zlarda og'riq paydo bo'ladi, shuning uchun ular dam olishni va ko'zlarini yopiq tutishni afzal ko'rishadi);
- To'qimalarda shishlar paydo bo'lishi;
- Charchoq.

Qon bosimi oshishi sabablari

Kasallik rivojlanishining sababi uzoq vaqt davomida stress va tushkunlik holatida yurish, tez-tez psixologik zo'riqshlardir. Ko'pincha bularni doimiy emotsional

taranglikni talab etadigan ish faoliyati keltirib chiqaradi. Bundan tashqari, miya chayqalishiga uchragan bemorlar ham xavf guruhiga kiradi. Irsiy moyillik ham sabablar qatorida: agar kishining avlodida bu kasallik uchragan bo'lsa, unda ham ushbu kasallik rivojlanishi xavfi bir necha barobarga ortadi.

Kasallik rivojlanishiga ta'sir o'tkazuvchi omillardan asosiysi — bu kamharakat turmush tarzidir. Yosh o'tib borgani sari insonlarda ateroskleroz rivojlanishi mumkin, bu o'zgarish fonida qon bosimining oshishi esa vaziyatni yanada jiddiylashtirib yuboradi. Bu hayot uchun o'ta xavfli hisoblanadi, chunki toraygan qon tomirlar orqali miya, yurak, buyraklarning bir qismiga qonning bormay qolishi yoki yetarli bormasligi kuzatiladi.

Agar qon tomir devorlarida tromb va xolesterin to'planmalari bo'lsa, ular kuchli bosim vaqtida ajralib, kapillyar qon tomirlarda tiqilib, qon o'tishiga to'sqinlik qilishi mumkin. Bu holda miokard infarkti yoki insult yuzaga keladi.

Ayollarda qon bosimi oshishiga sabab menopauza davridagi gormonal o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Tuz, yoki aniqrog'i, unda mavjud natriy, shuningdek chekish, alkogolli ichimliklarni suiste'mol qilish, semizlik ham yurak-tomir tizimiga bosim o'tkazadi.

Umumiy olganda, gipertoniya rivojlanishiga ta'sir etuvchi omillar quyidagilardan iborat:

- Ortiqcha vazn, metabolik kasalliklar, endokrin kasalliklar, kamharakat turmush tarzi;
- Muntazam emotsional stresslar, ruhiy tushkunlik, fojeali voqealarni boshdan o'tkazish, yaqin insonlarni yo'qotish;
- Biznesdagi, ishdagi muammolar tufayli kuchli asabiy taranglik;
- Bosh miya jarohatlari (avtohalokat, yiqilish, gipotermiya);
- Yurak-tomir tizimiga salbiy ta'sir qiladigan surunkali kasalliklar (qandli diabet, podagra, revmatoid artrit);
- Irsiy moyillik;

- Infektsion kasalliklar (meningit, sinusit, gaymorit);
- Qon tomirlarida yosh bilan bog'liq o'zgarishlar;
- Qonda xolesterin miqdorining yuqori bo'lishi (natijada qon tomir devorlarida to'planmalar hosil bo'ladi);
- Menopauza davrida bo'lgan, 40 yoshdan o'tgan ayollar (organizmning muhim gormonal o'zgarishlari paytida ko'pincha yashirin kasalliklar rivojlana boshlaydi va ular gipertoniya yuzaga kelishiga ta'sir ko'rsatishi mumkin);
- Zararli odatlar (chekish, alkogolli ichimliklar ichish, me'yordan ortiq qahva iste'moli);
- Kun davomida ko'p miqdorda tuz iste'mol qilish;
- Qonda adrenalin oshishi;
- Kompyuter qarshisida uzoq vaqt o'tirish;
- Ochiq havoda kam yurish va hokazo.

Gipertonik kriz

Gipertonik kriz — kasallik cho'qqisining namoyon bo'lishidir. Bu holatda qon bosimi tezda ko'tariladi, yuqorida keltirilgan belgilarning hammasi kuzatiladi, bunga qo'shimcha ravishda bemorlarda ko'ngil aynishi, qusish, terlash, ko'zning qorong'ulashishi yuzaga keladi.

Bunday krizlar bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Yurak urishi sezilarli darajada tezlashadi, bemorda qo'rquv va hayajon paydo bo'ladi. Bu holatda yonoqlar qizaradi, siydik va najas chiqarish nazorati yo'qoladi. Mazkur holat ko'pincha kunning ikkinchi yarmida yoki kechqurun yuzaga keladi.

Gipertonik krizning yana bir ko'rinishi uzoq vaqt davomida shakllanadi va u bemorga 4-5 soat, hatto bir necha sutka davomida azob berishi mumkin. Bu holat kasallikning oxirgi bosqichlarida namoyon bo'ladi va arterial qon bosimining ko'tarilishi fonida yuzaga keladi. Bunday vaqtda bemorda miya faoliyatining, xususan nutqning va qo'l-oyoqlarda sezuvchanlikning pasayishi kuzatiladi.

Birinchi yordam ko'rsatish

Shifokor kelguniga qadar quyidagi chora tadbirlar amalga oshirilishi kerak:

1. Bemorni qulay joyga joylashtirish, tananing yuqori qismini biroz ko'tarish (har qanday jismoniy harakatdan cheklash, bemorni qimirlatmaslik);
2. Bemorning tor kiyimlarini (bo'yin tugmalari, kamarni) bo'shatish;
3. Toza havo kirishini ta'minlash uchun oynalarni ochish, zarur hollarda shaboda qilish.
4. Bemorga qon bosimini tushiruvchi preparatlar avvaldan yozib berilgan bo'lsa, navbatdan tashqari qabul qildirish. Tez yordam sifatida Nifedipin yoki Kaptopril tabletkalaridan bir donasini til ostiga so'rish uchun berish mumkin (shifokor tavsiyasiga ko'ra). Ko'krak va ko'krak orti sohasida og'riq bo'lsa, Nitroglitserin tabletkasidan berish;
5. Sedativ vositalar berish (Korvalol, Valokordin);
6. Iliq muolajalar (xantallar, grelkalarni oyoqqa qo'yish) qon ko'proq oyoqqa ketishini ta'minlaydi, bu bosh hayotiy zarur a'zolarida gemorragiyani oldini oladi.
7. Tez yordam chaqirish.

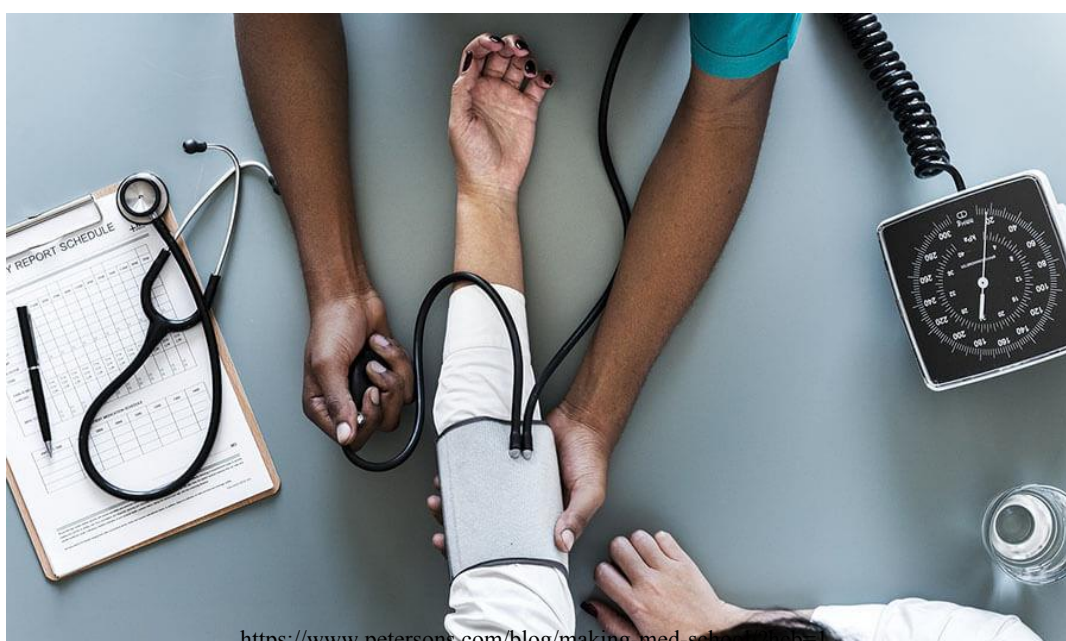
Tashxislash

Bemorga aniq tashxis qo'yish uchun shifokor bir nechta laboratoriya tahlillari va apparat tekshiruvlari o'tkazishi kerak bo'ladi. Tashxisning maqsadi kasallikning bosqichi va gipertoniya darajasini aniqlash hisoblanadi. Ushbu ma'lumotlar asosida shifokor samarali davolash usulini tanlash imkoniyatiga ega bo'ladi.

Diagnostika usullari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- **Qon bosimini o'lchash:** maxsus qurilma — tonometr yordamida amalga oshiriladi.
- **Tibbiy anamnez:** shifokor bemordan ilgari qanday kasalliklar bilan xastalangani, mavjud shikoyatlar haqida so'raydi. Xavf omillari baholanadi (chekish, qandli diabet, xolesterin miqorining yuqoriligi).

- **Jismoniy ko'rik:** Asosan yurakni fonendoskop bilan o'rganishni o'z ichiga oladi. Yurakda shovqin mavjudligi, xarakterli tonlarning o'zgarishi, noodatiy ovozlarni aniqlashga yordam beradi.
- **Elektrokardiogramma (EKG):** maxsus lentada yurakning elektrik potentsiallarini qayd etish imkonini beradigan usul. Yurak faoliyati buzilishlarini aniqlashda o'rni bosilmas diagnostik usullardan biri.
- Boshqa usullar, xususan exokardiografiya, arteriografiya, dopplerografiya, qonning biokimyoviy tahlili, qalqonsimon bez UT tekshiruvi. Nisbatan kam hollarda qo'llaniladi.



<https://www.petersons.com/blog/making-med-school-into-a>

Kasallikning dastlabki bosqichlari yashirin kechganligi bois, ko'pchilik bemorlar shifokor huzuriga kech tashrif buyurishadi. Kasallikni so'nggi bosqichlarda butunlay davolash juda mushkul hisoblanadi. Shuning uchun uni o'z vaqtida oldini olish, shubhali belgilar paydo bo'lsa shifokor ko'rigidan o'tish zarurdir.

Uy sharoitida har bir inson o'z qon bosimini muntazam o'lchab turishi lozim, eng optimal ko'rsatkich 120/80 mm sim.ust (quyida birlik deb keltiriladi) ga teng, yoshi kattalar uchun 130/90. Atrof-muhit ta'siri yoki jismoniy faollik natijasida bosim 5-10 birlikka ortishi mumkin.

Quyi va yuqori bosim o'rtasidagi juda katta farq ham havotir uchun belgi bo'ladi — odatda bu ko'rsatkich 50 birlikdan oshmasligi kerak. Agar arterial bosimning tez-tez o'zgarishi kuzatilsa, shifokor bilan uchrashish tavsiya etiladi.

Davolash

Kasallikni davolashda malakali shifokor har bir bemor uchun individual ravishda tanlanadigan dorilar bilan terapiya kursini belgilaydi. Ko'p hollarda quyidagi vositalar yoki ularning kombinatsiyasi buyuriladi:

- **Tiazid diuretiklar** — bu dorilar organizmda suyuqlik darajasini kamaytirish natijada qon bosimi pasaytiradi;
- **Sartanlar** (angiotenzin II retseptorlari blokatori) — 1990-yillardan buyon ishlatiladi. Zamonaviy dorilar qatoriga kiradi, bir martalik qabuldan keyin 24 soat davomida qon bosimini me'yorda ushlaydi;
- **Kalsiy antagonistlari** — qon tomilar silliq mushaklarining sarkoplazmiga kaltsiy oqimini bloklab, vazospazmga to'sqinlik qiladi va buning natijasida gipotenziv ta'sirga erishiladi. Yurak anomaliyalari, aritmiyalar, stenokardiya va miya aterosklerozi kuzatilganda tayinlanadi;
- **Beta-adrenoblokatorlar** — yurak qisqarishlari sonini kamaytirish natijasida bilvosita gipotenziv ta'sir ko'rsatadi (bir daqiqada haydaladigan qon miqdorini kamaytirish oqibatida);
- **Alfa-adrenoretseptor blokatorlari** — qon tomirlarni juda ehtiyotkorlik bilan kengaytiradi.
- **AAF-ingibitorlari** — vazodilatatori bradikininni transformatsiyalovchi va angiotenzin I ni angiotenzin II ga aylantiruvchi *angiotenzin aylantiruvchi fermentni* (kininaza II) bloklaydi. So'nggisi kuchli vazokonstriktor sanalib, uni ingibitsiyalash vazodilatatsiya va arterial bosimning pasayishiga olib keladi.

Ikkilamchi gipertoniya asosiy kasallikni davolash qon bosimi oshishini ham bartaraf etadi. Davolash paytida bemorlarga har qanday stress yoki hissiy zo'riqishdan yiroq bo'lish tavsiya etiladi. Ularga ochiq havoda, hovuz atrofida,

bog'da, o'rmonda sayr qilish foydali bo'ladi. Gipertoniyani muvaffaqiyatli davolashda to'g'ri ovqatlanish muhim hisoblanadi.

Ovqatlanish tartibi

Avvalo, kundalik ratsiondan «yomon» xolesterin va ko'p miqdorda tuz saqlagan mahsulotlarni chiqarib tashlash kerak. Ularga:

- Yog'li go'sht;
- Charvi;
- Qovurilgan ovqatlar;
- Dudlangan mahsulotlar;
- Tuzlamalar.

Oldini olish

Qon bosimi baland bo'lishining oldini olish uchun avvalo uning sababini sinchiklab tekshirib ko'rish lozim. Mabodo bosim tashqi muhit salbiy ta'sirlari sababli ko'tarilayotgan bo'lsa, bemor tinchlanish choralarini ko'rish, salbiy omilni bartaraf etishga harakat qilishi kerak.

Taomnomaga servitamin, minerallarga boy bo'lgan va kasallikka qarshi kurashishga yordam beruvchi mahsulotlardan ko'proq kiritish darkor.

Ularga:

- Sabzavotlar;
- Mevalar;
- Rezavorlar;
- Ko'katlar;
- Sut mahsulotlari;
- Parhezbop go'sht;
- Loviya;
- Guruch, grechka kabilar.

Tandirdan uzilgan yangi non o'rniga bir-ikki kun turgan nonni iste'mol qilish foydali. Qon bosimi yuqori yuradigan bemorlarga osh tuzi iste'molini kamaytirish tavsiya etiladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. "Tibbiyot muhandisligida zamonaviy texnologiyalar", Z. B. Juraev, Y. K. Ismoiljonov, Andijon mashinasozlik instituti, 2020.
2. "Tibbiyot texnikasi" S.X.Umarov, Toshkent-2018
3. <https://mymedic.uz>